Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

25 424 Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 311 **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 mei 2015

Op 17 december 2015 heeft u de Monitor Ambulantisering en hervorming van de langdurige GGZ van het Trimbos-instituut ontvangen[1]. Op 10 februari 2016 hebben wij het advies van het Trimbos-instituut over de mogelijkheid om streefcijfers te hanteren voor de (opbouw) van ambulante zorg ontvangen en op 29 februari 2016 het rapport «Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen». Het advies en het laatstgenoemde rapport treft u hierbij aan[2]. In deze brief geven wij onze reactie op de monitor en het advies over streefcijfers. Tevens reageert de Minister op enkele toezeggingen die zij tijdens het Algemeen Overleg GGZ van 3 december 2015 (Kamerstuk 25 424, nr. 305) heeft gedaan.

Mensen met ernstig psychische aandoeningen kunnen verschillende problemen hebben, zoals medische, schulden, wonen en eenzaamheid. Vaak zijn er mogelijkheden voor herstel, en soms zijn er ook perioden dat er extra zorg en/of ondersteuning nodig is, waarbij zorgverleners goed moeten samenwerken. Mensen met ernstig psychische aandoeningen moeten zorg krijgen die goed is afgestemd door de verschillende zorgverleners. Het merendeel maakt in de eigen leefomgeving gebruik van ambulante zorg en voorzieningen en ondersteuning door naasten. Mensen willen zo mogelijk het liefst in de eigen woonomgeving de zorg en ondersteuning ontvangen en actief participeren in de maatschappij, met regie over hun eigen leven. Het kabinetsbeleid sluit aan bij deze wens en is er op gericht om daar waar het kan de eigen regie van mensen te vergroten, waarbij kwalitatief goede en passende zorg en ondersteuning zo veel mogelijk in de eigen leefomgeving wordt gegeven.

De ambulantisering in de GGZ is de afgelopen jaren in een versnelling gekomen, onder meer omdat er afspraken zijn gemaakt over het

---

1 Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150
2 Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kst-25424-311
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2016

reduceren van intramurale capaciteit, ten gunste van meer en betere ambulante zorg. Naast de zorgverzekeraars, spelen ook gemeenten hier een belangrijke rol. Beschermd wonen is vanaf 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht. Daarmee is de basis voor gemeenten gelegd om tot maatwerk te komen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en verbindingen te leggen waardoor participatie en herstel worden bevorderd.

De ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ wordt in belangrijke mate op regionaal niveau vormgegeven. Voor het slagen van de de achterliggende doelstelling van de ambulantisering en het realiseren van een geïntegreerde aanpak is (regionale) samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties cruciaal.

Om de veranderingen te volgen hebben wij het Trimbos-instituut gevraagd om jaarlijks een monitor uit te brengen die ingaat op ontwikkelingen in het zorgaanbod, ervaringen van GGZ cliënten en de regionale samenwerking. De eerste monitor Ambulantisering en hervorming van langdurige GGZ is eind 2015 verschenen.

In 2015 is, ook tijdens de debatten die wij met uw Kamer hebben gevoerd, veel aandacht besteed aan de mogelijke effecten van de hervormingen die zijn doorgevoerd in de GGZ. Er zijn zorgen geuit of het tempo van de afbouw van de intramurale capaciteit in de GGZ, niet te hoog is in vergelijking met het tempo van de opbouw van ambulante zorg. En, als dat het geval zou zijn, of dat een reden zou moeten zijn om de afbouw van intramurale capaciteit tijdelijk te stoppen.
De uitkomst van de monitor laat zien dat de afbouw van de intramurale GGZ capaciteit doorzet. Tegelijkertijd vindt binnen de Zvw gefinancierde GGZ een intensivering van de ambulante zorg plaats. Het Trimbos-instituut stelt in de monitor de vraag of de beschikbare ruimte voor intensivering volledig wordt benut en of het tempo voldoende tegemoet komt aan de doelstellingen van het ambulantiseringstraject.

Het is onze overtuiging dat we, vanuit het oogpunt van goede zorg, niet moeten stoppen met de ingezette beweging om de intramurale capaciteit te vervangen voor extramurale capaciteit. Het is nodig om op beide onderdelen te blijven inzetten, juist omdat het langdurig opnemen van mensen vanwege een ernstige psychische aandoening, niet de «beste zorg» is. Dan komt de vraag naar voren welk tempo we nastreven in de opbouw van ambulante zorg: is het mogelijk en zinvol om, naast het streefcijfer voor de afbouw, ook een streefcijfer voor de opbouw van de ambulante zorg te hanteren? En indien dit niet het geval is, wat de andere mogelijkheden zijn om tot een versnelling van de opbouw van ambulante zorg te komen. Hierover heeft het Trimbos-instituut de Minister geadviseerd.
Omdat lokale situaties verschillen komt het Trimbos-instituut tot het oordeel dat een algemeen geldend streefcijfer niet op te stellen is. Het Trimbos-instituut stelt dat regionale partijen, het liefst in gezamenlijkheid, zelf tot keuzes moeten komen over de in de regio best passende organisatie van de GGZ en de bijbehorende verdeling van de beschikbare middelen.

Ambulantisering vergt enerzijds een gestandaardiseerde aanpak, die bewezen werkt. Anderzijds is maatwerk nodig. Dit maatwerk is afhankelijk van de lokale situatie en van de wensen en medische noden van de patiënt. Het past ons inziens niet om een landelijke blauwdruk op te leggen. Anderzijds is wel landelijk hulp nodig opdat het regionaal sneller en zo mogelijk beter kan. Om de regionale samenwerking een impuls te

geven wordt, conform het advies van het Trimbos-instituut, een handvat ontwikkeld dat regionale partijen ondersteunt bij het opstellen van gezamenlijke agenda's en een invulling van goede zorg.

Verschillende malen is in de debatten een relatie gelegd tussen de ambulantisering en de toename van het aantal meldingen van incidenten met verwarde mensen. Het Trimbos-instituut stelt in de monitor[3] vast dat er geen causaal verband gelegd kan worden tussen de signalen over «verwarde personen» en de ambulantisering van de GGZ. De onderliggende problematiek van mensen die verward gedrag vertonen, is divers van karakter en bevat naast mensen met GGZ-problematiek, ook mensen die verslaafd zijn, dementerend gedrag vertonen of licht verstandelijk beperkt zijn. Desondanks is ons veel gelegen aan het verbeteren van de zorg van deze diverse groep. In het najaar van 2015 is het Team verwarde personen geïnstalleerd. De aanpak is met name gericht op vroegsignalering waardoor mensen eerder in beeld zijn en op verbetering van de randvoorwaarden om deze mensen in zorg te krijgen. U ontvangt zeer binnenkort onze reactie op de tussenrapportage van het Team.

Hieronder gaan we uitgebreider in op de uitkomsten van de monitor, het advies over het streefcijfer en de conclusies die wij daaraan verbinden.

Uitkomsten monitor, advies streefcijfer en rapport GGZ en sociaal domein

De monitor valt in drie onderdelen uiteen:
- A. de ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, kwaliteit van leven
- B. de capaciteit, de organisatie en het gebruik van intramurale en ambulante GGZ/voorzieningen
- C. de totstandkoming van een samenhangend en geïntegreerd beleid rondom de zorg en ondersteuning.

De resultaten van de monitor laten zien dat, ondanks dat veel mensen met ernstige psychische aandoeningen willen deelnemen aan de samenleving, dit helaas nog niet altijd voldoende lukt. Patiënten waarderen de inzet vanuit de gezondheidszorg met een ruime voldoende, de inzet vanuit de UWV, de gemeente en de re-integratiebureau's scoren lager (cijfer tussen de 5 en de 6).
Wat betreft de capaciteit, de organisatie en gebruik van intramurale GGZ/voorzieningen komen de resultaten van dit onderdeel overeen met de eerdere tussenrapportage die de Minister eind oktober 2015 aangeboden heeft aan de Tweede Kamer. De ingezette afbouw van de intramurale GGZ capaciteit zet zich door en inmiddels vindt ook een lichte capaciteitsdaling plaats in het beschermd wonen. Daarentegen blijft het aantal mensen dat gebruikt maakt van intramurale voorzieningen gelijk en wordt nog steeds 62% van het budget besteed aan intramurale zorg en beschermd wonen. Binnen de Zvw gefinancierde GGZ vindt (gedeeltelijke) intensivering plaats van de ambulante zorg.
Ten aanzien van de totstandkoming van een geïntegreerd en samenhangend beleid laten de resultaten zien dat de regionale (structurele) samenwerking nog niet voldoende van de grond is gekomen.

Het Trimbos-instituut heeft daarnaast geadviseerd over de mogelijkheid tot het concretiseren en kwantificeren van afspraken over de opbouw van ambulante capaciteit (een streefcijfer). Gegeven de verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars en het feit dat lokale uitgangsposities verschillen komt het Trimbos-instituut tot het oordeel dat een algemeen geldend streefcijfer niet op te stellen is. Daarom ziet het Trimbos-instituut

[3] Bijlage 6 Monitor Ambulantisering en hervorming van langdurige GGZ 2015 (bijlage bij Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 150)

hiervan af en richt zich op drie mogelijke toekomstscenario's: een continueringsscenario, het scenario intensivering ambulante opbouw en het scenario geïntegreerde GGZ in de wijk. De scenario's geven een schets van het mogelijke vervolg van het ambulantiseringstraject en de bijbehorende inzet van middelen. Het scenario «geïntegreerde GGZ in de wijk» is door het Trimbos-instituut beschreven als stip op de horizon. Het Trimbos-instituut geeft daarbij in overweging om het scenario intensivering ambulante opbouw als tussenstap te hanteren voor het ambulantiseringstraject. In macro termen komt dit neer op het volledig inzetten van de vrijkomende middelen uit de beddenafbouw voor intensivering van de ambulante zorg en een herdefiniëring van afspraken in termen van uitgaven in plaats van bedden.
Ter ondersteuning van de verbetering van de regionale samenwerking stelt het Trimbos-instituut voor om een toetsingskader te ontwikkelen dat regionale partijen ondersteunt bij het opstellen van gezamenlijke agenda's en ambities.

In het rapport «Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen» heeft het Trimbos-instituut drie praktijkvoorbeelden van bestuurlijke samenwerking beschreven en zes praktijkvoorbeelden van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams.

Reactie

Nederland beschikt van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. De transitie in de GGZ op weg naar meer en betere ambulante zorg is momenteel nog in volle gang en genereert momentum, waarbij de inzet en goede wil van alle betrokkenen doorgaans zeer groot is. De uitkomsten van de monitor laten zien dat er veel ontwikkelingen zijn om de omslag te realiseren, maar dat er tegelijkertijd méér gedaan moet en kan worden. De komende periode vraagt om een gezamenlijke inspanning om de uitvoering verder te ontwikkelen en te vernieuwen.

Meer en betere ambulante zorg

Met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties zijn in 2012 afspraken gemaakt om de beschikbare middelen anders in te zetten: minder intramurale zorg en meer en betere ambulante zorg. Uit de monitor blijkt dat binnen de Zvw gefinancierde GGZ een gedeeltelijke intensivering van de ambulante zorg plaatsvindt. Tegelijkertijd blijft groei van de meest intensieve DBC-trajecten uit. Ook is uit de monitor op te maken dat het goed zou zijn als de op herstel gerichte aanpak via de de Flexible Assertive Community Treatment (FACT)- teams voor een bredere groep beschikbaar zou komen. Elk jaar is er groeiruimte beschikbaar voor de curatieve GGZ. De financiële middelen die beschikbaar zijn, werden de afgelopen tijd echter niet volledig benut. Er is dus ruimte om meer te doen.

Met betrekking tot de kwaliteit van deze zorg is op te merken dat op het terrein van de ernstige psychische aandoeningen een tweetal generieke modules in ontwikkeling is bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ[4]. Deze modules hebben beiden een domeinoverstijgend karakter en bieden goede aanknopingspunten voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, met name op het gebied van de benodigde intensiteit van zorg.

[4] Herstelondersteunende zorg en de generieke module Ernstige psychische aandoeningen

Wij verwachten dan ook dat gemeenten en zorgverzekeraars deze modules bij hun inkoopbeleid zullen betrekken.

Uit de monitor blijkt dat het lokale beleid met betrekking tot de ondersteuning van mensen met psychische kwetsbaarheid in veel gemeenten volop in ontwikkeling is. De inhoudelijke beleidsontwikkeling moet nog grotendeels op gang komen.
Er wordt veel inzet gepleegd vanuit VWS om de gemeenten te ondersteunen in hun nieuwe verantwoordelijkheden en rol in het kader van de transities die hebben plaatsgevonden. Zo heeft de VNG met subsidie van VWS het ondersteuningsprogramma «Opvang en Bescherming» opgezet. Binnen dat programma ondersteunt de VNG centrumgemeenten bij het maken van hun
regionale beleidsplannen met betrekking tot beschermd wonen. Ook is substantieel ingezet op de versteviging van de positie van de cliënten[5].
We zien ook veel ontwikkelingen bij gemeenten zelf. Zo heeft de gemeentelijke Commissie Toekomst Beschermd Wonen in november 2015 haar advies gepresenteerd over de visie op het beschermd wonen. In het toekomstbeeld van de Commissie staat de volwaardige deelname aan de maatschappij van mensen centraal die ook met steun van anderen niet zelf kunnen zorgen voor een stabiele woonplek en een goed leven.

Een belangrijk onderdeel van goede zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is de wijze waarop zij zelfstandig kunnen wonen. Het is van belang dat er voldoende betaalbare woningen beschikbaar zijn en mogelijk ook afspraken over bijvoorbeeld ondersteuning worden gemaakt. Dit voorjaar wordt door Platform31 een verkenning gedaan naar de doorstroom van de GGZ-doelgroep in 7 gemeenten. Met de resultaten zal vervolgens een experimentenprogramma worden opgezet, gericht op methoden die het beste werken om doorstroom te realiseren. Het Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen heeft verder alle regio's bezocht om de urgentie van voldoende geschikte woningen voor kwetsbare mensen te agenderen en hierover afspraken te maken. Eind maart heeft het Aanjaagteam Langer Zelfstandig Wonen zijn eindrapport gepresenteerd. Een reactie op dit rapport zal naar verwachting binnenkort naar uw Kamer worden gezonden.

Wij gaan met zorgverzekeraars en gemeenten in overleg over het beeld dat de monitor schetst. Meer specifiek zal het gaan over de manier waarop de GGZ zorg en ondersteuning wordt ingekocht en of dit voldoende tegemoet komt aan de opgaven waar we voor staan. Ook wordt besproken op welke manier de gewenste intensivering van de ambulantisering kan worden gerealiseerd. Over de uitkomsten hiervan zal uw Kamer in de zomer worden geïnformeerd.

Regionale samenwerking (geïntegreerd zorgaanbod)

Om vooruitgang te kunnen boeken is het bovendien van belang dat gemeenten en zorgverzekeraars meer met elkaar gaan samenwerken, waarbij het doel is om te komen tot meer geïntegreerde, herstelondersteunende en participatiebevorderende zorg. Tot 1 juli 2015 hebben wij, samen met VNG en ZN, gemeenten en verzekeraars ondersteund om nieuwe regionale samenwerkingsstructuren tot stand te brengen. Conclusie op dat moment was dat deze structuren in belangrijke mate tot stand waren gekomen, en dat het aankwam op de invulling hiervan.

---

[5] Zie bijlage 1 voor de verschillende projecten die op dit moment lopen, raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Voor ons staat voorop dat de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ op regionaal niveau vormgegeven moet worden. De verantwoordelijkheden zijn op dat niveau belegd en daarmee ook de ruimte om binnen de wettelijke kaders die er zijn keuzes te maken hoe zij deze zorg en ondersteuning met elkaar willen vormgeven. De VNG en ZN werken momenteel aan een bestuurlijke samenwerkingsagenda die ze naar verwachting dit voorjaar aan de Staatssecretaris presenteren in een bestuurlijk overleg. Het past dus niet om een landelijke blauwdruk op te leggen, als dat al mogelijk zou zijn, gelet op de regionale verschillen en behoeften. De door het Trimbos-instituut geschetste scenario's 2 en 3 beschouwen wij dan ook als goede richtingen die regionale partijen met elkaar kunnen inslaan.

Wij onderkennen de noodzaak van een goede intensievere samenwerking tussen partijen en meer houvast om in de regio te beoordelen wat er nodig is om tot goede zorg te komen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Eind december 2015 heeft op initiatief van VWS overleg plaatsgevonden met een aantal gemeenten, zorgverzekeraars, aanbieders van zorg en de VNG over de uitkomsten van de tussenanalyse van het Trimbos-instituut en de vraag wat behulpzaam kan zijn om de samenwerking te bevorderen en de ambulante zorg te intensiveren waar nodig. Partijen gaven hierbij aan dat het advies van het Trimbos-instituut om een handvat te laten ontwikkelen dat regionale partijen ondersteunt bij het opstellen van gezamenlijke agenda's en regionale inzet om tot invulling van goede GGZ zorg te komen, behulpzaam kan zijn. Een dergelijk handvat kan een bindende factor zijn voor de regionale samenwerking.

Wij zullen het Trimbos-instituut daarom vragen om in het komende half jaar samen met vertegenwoordigers van patiënten, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders dit handvat te ontwikkelen. Daarbij moet de verbinding worden gelegd met al bestaande zorgstandaarden, generieke modules, andere ontwikkelde materialen en relevante projecten, bijvoorbeeld het samenwerkingsproject Mensenwerk. Het handvat zal hierop goed moeten aansluiten en vooral concreet richting moeten geven aan zorgverzekeraars en gemeenten wat er nodig is, vanuit het cliënt- en familieperspectief, om tot goede zorg in regio te komen. Het moet nadrukkelijk een praktisch bruikbaar instrument worden van en voor partijen. ZN en VNG staan positief tegenover de ontwikkeling van dit instrument en het gebruik daarvan in de praktijk. Bij de oplevering van dit handvat zal met een invitational conference ruim aandacht gevraagd worden voor de implementatie. Op dat moment zullen wij kijken of ter ondersteuning nadere landelijke afspraken nodig zijn.
Om een beter inzicht te krijgen in de stand van zaken op regionaal niveau zal er een verdiepingsonderzoeksopdracht worden uitgezet. Dit onderzoek zal informatie moeten opleveren die verantwoordelijke wethouders, zorgverzekeraars, patiënten en aanbieders kunnen gebruiken om hun zwakke plekken te versterken en stappen vooruit te zetten in de verbetering van de GGZ zorg in hun gebied. Ik zal de opzet van de verdiepingsslag bespreken met de regioburgemeesters, die mij gevraagd hebben om hen te helpen bij het in kaart brengen van dergelijke informatie. Ik verwacht de resultaten hiervan in oktober 2016.

Toezeggingen

In het Algemeen Overleg van 3 december 2015 over de GGZ heeft de Minister toegezegd om uw Kamer te informeren over de aanpak van de wachttijden bij beschermd wonen. De aanpak om wachttijden terug te dringen, maakt onderdeel uit van het al eerder genoemde ondersteuningsprogramma Opvang en Bescherming van de VNG. Gemeenten

verkennen momenteel met elkaar de mogelijkheden van een convenant dat bijdraagt aan een betere uitvoering van de landelijke toegankelijkheid. De Staatssecretaris zal uw kamer eind van dit jaar over de resultaten daarvan informeren.

Tijdens bovengenoemd Algemeen Overleg is door het Kamerlid Siderius (SP) een publicatie overhandigd met de uitkomsten van een enquête onder medewerkers van GGZ-instellingen. Op basis van de uitkomsten van die enquête, komt de SP tot een viertal aanbevelingen. De Minister onderschrijft van harte de aanbevelingen om de bureaucratie en de wachtlijsten in de GGZ terug te dringen. In het Algemeen Overleg zijn de partijen in de GGZ dan ook uitdrukkelijk uitgenodigd om met de medewerkers van VWS concreet aan de slag te gaan met het terugdringen van de administratieve lasten. De praktische aanpak zoals die momenteel in de eerste lijn plaatsvindt kan ook belangrijke administratie verlichting betekenen in de GGZ. Deze aanpak is een werkwijze van onderop. De GGZ kan dit met de verzekeraars en de aanbieders zelf oppakken, maar is ook van harte welkom als het Ministerie van VWS daarin kan helpen.
Met betrekking tot het aanpakken van wachtlijsten, heeft de NZa inmiddels een aantal maatregelen geformuleerd dat patiënten en verzekeraars meer inzicht moet bieden waardoor tijdig de nodige zorg geleverd kan worden. De NZa zal in het voorjaar opnieuw informatie opleveren over de wachttijden in de GGZ. Op de overige aanbevelingen zijn wij in deze brief reeds uitgebreid ingegaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn